Krajský úřad Moravskoslezského kraje

Odbor zdravotnictví

28. října 2771/117

702 00 Ostrava

Identifikátor datové schránky: 8x6bxsd

Žádost o výpis nebo kopii ze zdravotnické dokumentace

Žádám o výpis / kopii \*) ze zdravotnické dokumentace, uložené na Krajském úřadě Moravskoslezského kraje, která byla vedena u poskytovatele zdr. služeb:

název, jméno a příjmení ……………………………………………………………………………………………………

Jméno a příjmení pacienta ……………………………………………………………………………………………………

Datum narození ……………………………………………………………………………………………………

Místo pobytu ……………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………

Telefon, email ……………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………

Výpis/kopii ze zdravotnické dokumentace

🞏 vyzvednu osobně po předchozí telefonické výzvě pracovníka krajského úřadu

🞏 zašlete na adresu místa pobytu

🞏 zašlete poskytovateli zdravotních služeb

název, jméno a příjmení ………………………………………………………………………………………..

adresa místa poskytování ………………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………………………..

Požadovaný rozsah výpisu nebo kopie ze zdravotnické dokumentace *(např. za posledních pět let)*:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

V ……………………………………… dne …………………………….

Podpis pacienta, příp. zákonného zástupce: ……………………………………………………………….

\*) nehodící se škrtněte